

An
Robert Bauer, MSc
Logopädische Praxis Bockfließ

Schlossplatz 2
2213 Bockfließ

Ansuchen um Teletherapie

Hiermit melde ich mich, bzw. mein Kind, zur Teletherapie an und stimme der Datenübertragung mit dem von mir unten angegebenen gewünschten Medium/App zu:

Name und Geburtsdatum

der Therapieperson: _____

Gewünschte App für die Teletherapie

(z.B.: Facetime, Skype, Teams, WhatsApp): _____

Therapiematerial bitte via E-Mail an: _____

_____, _____

Ort, Datum

Unterschrift

Patienten / Patientin bzw. Erziehungsberechtigte

ggf. Name der/s Erziehungsberechtigten in Blockschrift